

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Corso "HACCP - Responsabile Piano Autocontrollo Attività Complessa" – durata 16 ore

...l... sottoscritto/a.....nato/a il _____
a.....(.....) Stato..... codice fiscale _____
residente in via/piazza.....n.....località.....
comune.....C.A.P.....provincia.....telefono _____/_____
e-mail..... cellulare _____/_____ NAZIONALITA_____
(se la residenza è diversa dal domicilio)
di essere domiciliato in via/piazza.....n.....località.....
comune.....C.A.P.....provincia.....telefono _____/_____

- di essere in possesso del titolo di studio di: _____

- di essere nella seguente condizione occupazionale: _____

In caso di occupazione: denominazione azienda _____ Indirizzo _____

Settore attività _____

Se occupato compilare i seguenti campi:

DENOMINAZIONE AZIENDA _____ INDIRIZZO _____

PARTITA IVA _____ TEL _____ FAX _____

MAIL _____ PEC _____ SOCIO CONFARTIGIANATO SI/NO _____

...l...sottoscritt.. dichiara infine di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto o, in caso di soprannumero, di essere oggetto di una selezione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

DATA.....

INFORMATIVA AI SENSI DEL "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo
 2. Il trattamento sarà effettuato tramite la registrazione in banche dati informatizzate
 3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per consentire le rilevazioni previste dalla Legge Regionale n. 32 e dai regolamenti FSE e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterà la mancata prosecuzione del rapporto.
 4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, che non siano quelli istituzionali previsti dalla normativa di settore né saranno oggetto di diffusione a scopi pubblicitari o con altre finalità diverse dalle elaborazioni previste dalla normativa
 5. Il titolare del trattamento è la Regione Toscana - Giunta Regionale - Settore FSE (per i corsi riconosciuti) e Confartis srl per i corsi a pagamento non riconosciuti
 6. Il responsabile del trattamento è il Dirigente responsabile del Settore FSE Regione Toscana sito web: www.regione.toscana.it (per i corsi riconosciuti) e il legale rappresentante di Confartis srl per i corsi a pagamento non riconosciuti
 7. Gli incaricati sono individuati negli operatori degli Enti eroganti la formazione preposti alla raccolta e alla registrazione dati, ai dipendenti degli Uffici Provinciali responsabili dell'erogazione dei finanziamenti e nei dipendenti assegnati all'ufficio del responsabile del trattamento.
- In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003

Data.....

Firma per presa visione

QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO € 180,00 (per i soci Confartigianato € 150,00)

- tramite bonifico bancario IBAN IT14Z0103002827000000413961 intestato a Confartis Srl (Per il pagamento effettuato tramite bonifico bancario si chiede di fornirci la distinta di pagamento durante il primo incontro).
- tramite assegno bancario all'avvio del corso
- in contanti all'avvio del corso (solo per i corsi di importo inferiore ad € 1.000)
- pagamento tramite bancomat o carta di credito all'avvio del corso

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data.....



UFFICIO FORMAZIONE CONFARTIGIANATO
TEL 055/7326946 – 055/7326904 - 055/4480084
FAX 055/7327146
formazione@confartigianatofirenze.it